



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

| | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Número do Empenho 005468.2016 | Recurso 00303 | Tipo do Empenho Ordinario | Categoria de Empenho Comum |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391903 SERVICOS DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03323 M. D. CORREA - AUTO CENTER - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 23.240.448/0001-88 Fone 3636-2969 Cidade PEROLA

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|-------------|----------|---------------------|------------------------|
| Licitação Dispensa por Lim | Número | Solicitação | Contrato | Emissão 06.10.16 | Vencimento 05.11.16 |
|-------------------------------|--------|-------------|----------|---------------------|------------------------|

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Valor Orçado 285.728,71 | Saldo Anterior 18.398,60 | Valor do Empenho 170,00 | Saldo Atual 18.228,60 |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|---|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE SERVICO DE ALINHAMENTO, BALANCEAMENTO E CMBAGEM, PARA MANTER A AMBULANCIA COM A PLACA AYJ-1582 EM FUNCIONAMENTO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL, CONFORME SOLICITACAO. | 170,00 | 170,00 |

LIQUIDADO

| | | | | | |
|--------------|-----|-----|---------|---------------|--------|
| Banco Credor | 726 | 726 | 40557-8 | VALOR LIQUIDO | 170,00 |
|--------------|-----|-----|---------|---------------|--------|

| | | |
|---|---|---|
| Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos | Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ | <i>Luciana Ap.º da Silva</i> CPF: 451.789-08 Encarregado do Serviço |
| assinatura: <i>Rosângela Guandamini</i> nome: ROSÂNGELA GUANDAMINI cargo: Ordenador da Despesa | assinatura: <i>Juliana Lombardi de Oliveira</i> nome: JULIANA LOMBARDI DE OLIVEIRA cargo: CONTADOR(A) | assinatura: <i>Juliana Lombardi de Oliveira</i> nome: JULIANA LOMBARDI DE OLIVEIRA cargo: Contadora |

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cento e setenta reais) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Credor Data ____/____/____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

| | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Número do Empenho 005469.2016 | Recurso 00303 | Tipo do Empenho Ordinario | Categoria de Empenho Comum |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------------|

Órgão 09 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saude
 Dotação 10.301.0010.2.027.3390.39.00.00 OUTROS SERVICOS DE TERCEIRO
 Desdobramento 3390391999 OUTROS SERVICOS DE MANUTENCAO E CONSER
 Fonte de Recursos 00303 SAUDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 03323 M. D. CORREA - AUTO CENTER - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 718 CENTRO
 CNPJ/CPF 23.240.448/0001-88 Fone 3636-2969 Cidade PEROLA

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|-------------|----------|---------------------|------------------------|
| Licitação Dispensa por Lim | Número | Solicitação | Contrato | Emissão 06.10.16 | Vencimento 05.11.16 |
|-------------------------------|--------|-------------|----------|---------------------|------------------------|

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Valor Orçado 285.728,71 | Saldo Anterior 18.228,60 | Valor do Empenho 100,00 | Saldo Atual 18.128,60 |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|

| Item | Quant. | Especificação | Valor Unitário | Valor Total |
|------|--------|--|----------------|-------------|
| 01 | 1 | REFERENTE SERVICIO DE DESENTORTADO DE RODA E CASTER, PARA MANTER A AMBULANCIA COM A PLACA AYJ-1582 E FUNCIONAMENTO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO HOSPITAL, CONFORM SOLICITACAO | 100,00 | 100,00 |

LIQUIDADO

| | | |
|---------------------------------|---------------|--------|
| Banco Credor 726 726 40557-8 | VALOR LIQUIDO | 100,00 |
|---------------------------------|---------------|--------|

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data: ___/___/___ cargo: _____ | Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data: ___/___/___ Ordenador da Despesa | Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A) |
|---|---|--|

RECIBO

Juliana Lombardi de Oliveira
Contadora
CRC PR-064907/O-6

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cem reais *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data: ___/___/___ Credor: _____ Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA

CNPJ: 81.478.133/0001-70

Avenida Pérola Byington, nº1.800 – CEP: 87.540-000 – Fone: (44) 3636-8300



Secretaria:

SECRETARIA DE SAÚDE

Divisão:

HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

DISPENSA DE LICITAÇÃO POR VALOR
ART Nº 24 INCISO II DA LEI Nº 8666/93

SOLICITAÇÃO REALIZADA PARA MANTER AS AMBULÂNCIAS EM
FUNCIONAMENTO E ATENDER AS NECESSIDADES DOS
PACIENTES.

Claudete B. de A. Oliveira
Chefe de Divisão
Serviços Hospitalares
Hospital Mem. Dr. Raul Sérgio Bittencourt

Assinatura do Requerente (CARIMBO)